

西東京市介護保険事業計画（第7期）策定のための 市民アンケート調査 ご協力をお願い

市民の皆さまには日ごろから市政発展のため、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

西東京市では、平成29年度に見直しを予定しております「西東京市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）」の基礎資料として、皆さまのご意見やご要望を幅広くお聴きするため、保健・福祉全般の調査を実施することになりました。

この調査は、西東京市の要支援・要介護認定を受けている方の中から、介護保険サービスを利用されなかった300人を無作為に選ばせていただき、ご意見やご要望をおうかがいするものです。なお、ご回答いただきました内容はすべて統計的に処理し、調査目的以外に使用することはありません。

お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

平成28年11月

西東京市長 丸山 浩一

記入についてのお願い

1. この調査は、平成28年11月1日現在でお答えください。
2. お答えは、特に説明のない限り、あてはまる番号を○で囲んでください。
3. お答えが「その他」にあてはまる場合は、その番号を○で囲み、〔 〕内になるべく具体的にその内容をご記入ください。
4. 質問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印（⇒）など、次にお答えいただく質問番号への案内にご注意ください。
5. 回答はできる限り、対象者ご本人がご記入ください。なお、対象者ご本人おひとりでの回答がむずかしい場合は、ご家族の方がお手伝いいただくか、対象者の意見を聞いた上でご家族の方が代わりにご記入ください。

★対象の方が何らかの事情により不在で記入できない場合には、下の枠内のいずれかに○印をつけてご返送ください。

1. 医療機関入院中 2. 福祉施設入所中 3. 転居 4. その他〔 〕

調査票、返信用封筒には住所、氏名を記入する必要はありません。

記入の終わった調査票は、同封の返信用封筒（切手は不要です。）に入れ、

○月○日（○）までに ご返送ください。

調査についてご質問などがありましたら、下記までお問い合わせください。

【連絡先】 西東京市役所 保谷庁舎 健康福祉部 高齢者支援課 電話 042 (438) 4105 (直通)
(受付時間 8:30~12:00、13:00~17:00 (土日祝を除く))

問1 この調査票はどなたがご記入されますか。(1つに○)

1. あて名ご本人 2. あて名ご本人の家族 3. その他〔 〕

あなた (あて名ご本人) についておたずねします

※以下の質問で「あなた」とは、あて名ご本人の事です。お間違えないようにお答えください。

問2 あなた (あて名ご本人) の性別をお答えください。(1つに○)

1. 男性 2. 女性

問3 あなたの年齢をお答えください。

※平成28年11月1日現在の年齢でお答えください。

1. 65～69歳 3. 75～79歳 5. 85～89歳 7. 95歳以上
2. 70～74歳 4. 80～84歳 6. 90～94歳

問4 あなたのお住まいの地区をお答えください。(1つに○)

- | | | | |
|--------|---------|-----------|------------|
| 1. 田無町 | 7. 向台町 | 13. 富士町 | 19. ひばりが丘北 |
| 2. 南町 | 8. 芝久保町 | 14. 中町 | 20. 栄町 |
| 3. 西原町 | 9. 新町 | 15. 東町 | 21. 北町 |
| 4. 緑町 | 10. 柳沢 | 16. 泉町 | 22. 下保谷 |
| 5. 谷戸町 | 11. 東伏見 | 17. 住吉町 | |
| 6. 北原町 | 12. 保谷町 | 18. ひばりが丘 | |

問5 あなたのお住まいは次のうちどれですか。(1つに○)

- | | |
|------------------------|--|
| 1. 一戸建ての持ち家 | 6. 社宅・官舎 |
| 2. 一戸建ての借家 | 7. 高齢者向け住宅(有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅) |
| 3. 分譲マンション | 8. その他〔 〕 |
| 4. 民間賃貸アパート・マンション | |
| 5. 公的賃貸住宅(都営・市営、公団、公社) | |

問6 あなたと同居しているご家族をお答えください。

- | | |
|-----------------|--|
| 1. ひとり暮らし | 2. 配偶者 |
| 3. 息子・娘 | 4. 息子・娘の配偶者 |
| 5. 親 | 6. 孫・ひ孫 |
| 7. あなたや配偶者の兄弟姉妹 | 8. その他〔 〕 |
- ひとり暮らしでない方は、同居している方すべてに○

付問 問6で「2」～「8」に回答した方におたずねします。

同居の方は、皆さん65歳以上ですか。

1. はい 2. いいえ

問7 日中、あなたはひとりであることが多いですか。(1つに○)

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. ひとりであることが多い | 2. ひとりであることは少ない |
|----------------|-----------------|

日ごろの生活についておたずねします

問8 あなた(あて名ご本人)は、日常生活の中で困ったことがありますか。
(1つに○)

- | | |
|------------|-------|
| 1. ある ⇒付問へ | 2. ない |
|------------|-------|

付問 問8で「1」と回答した方におたずねします。

日常生活の中で困ったことは次のうちどれですか。(3つまで○)

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1. 外出の際の移動手段 | 9. 洗濯 |
| 2. 税金の支払や公共機関の手続き | 10. 炊事 |
| 3. 財産やお金の管理 | 11. 電化製品の扱い方 |
| 4. 日々の買い物 | 12. トイレ |
| 5. 日々のゴミ出し | 13. 入浴 |
| 6. 家具の移動 | 14. 通院・入所 |
| 7. 庭の手入れ他 | 15. その他 |
| 8. 掃除 | [] |

医療の状況についておたずねします

問9 あなた(あて名ご本人)は、現在治療中の病気がありますか。(1つに○)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問10 「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」についておたずねします。

※「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」とは、あなたの生活の状況などを理解していて、健康や病気のことを日ごろから、気軽に相談できるような身近な開業医、歯科医、薬局をさします。

(1) あなたには、「かかりつけ医」がいますか。(1つに○)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(2) あなたには、「かかりつけ歯科医」がいますか。(1つに○)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

(3) あなたには、「かかりつけ薬局」がいますか。(1つに○)

- | | | |
|-------|--------|----------|
| 1. いる | 2. いない | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

問 11 あなたの医療の受診形態は、次のどれですか。（いくつでも○）

※ここでいう「訪問診療」とは、医師に定期的に自宅訪問による診療を受けていることを言い、「往診」とは、医師に連絡したときに自宅訪問による診療を受けていることを言います。

- | | |
|--------------------|-----------|
| 1. 訪問診療を受けている | } ⇒付問1、2へ |
| 2. 往診を必要なときに利用している | |
| 3. 通院している | |

付問1 問 11 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

現在、次のような医療処置を受けていますか。（いくつでも○）

- | | | |
|------------|-----------|----------------------|
| 1. 点滴の管理 | 7. 疼痛の看護 | 13. 留置カテーテル |
| 2. ストーマの処置 | 8. 人工透析 | 14. インスリン |
| 3. 気管切開 | 9. 人工呼吸器 | 15. その他 |
| 4. 中心静脈栄養 | 10. 経管栄養 | [|
| 5. たんの吸引 | 11. 胃ろう | 16. 医療処置は受けていない⇒問20へ |
| 6. 在宅酸素療養 | 12. じょくそう |] |

付問2 問 11 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

在宅療養を送る上で困っていることは何ですか。（いくつでも○）

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 在宅療養（看取りを含む）について相談する場がない |
| 2. 薬を飲み忘れることが多い |
| 4. デイサービスやショートステイが利用できない |
| 5. 緊急時に医師と連絡がとれない |
| 6. 口腔ケアや歯科診療が受けられない |
| 7. 医師や介護サービス事業所が悩みを聞いてくれない |
| 8. 医療や介護サービスにお金がかかる |
| 9. 介護者にゆとりがない |
| 10. 在宅療養サービスについての情報が不足している |
| 11. 体調が急変したときなど、いざというときに入院できるのか不安がある |
| 12. 医師の対応に不安がある |
| 13. 訪問看護の対応に不安がある |
| 14. ケアマネジャーの対応に不安がある |
| 15. 介護サービスの対応に不安がある |
| 16. その他 [|

問 12 西東京市では、在宅療養を実現するための一つの方法として、医師会と連携して「在宅療養後方支援病床確保事業※」に取り組んでいます。

※事前に登録しておけば、かかりつけ医を通じて「ご本人の体調が変化したとき」「お世話をしてくれるご家族の急な用事」などのいざというときに、市内の受け入れ病院（後方支援病院）に確保してあるベッドに速やかに入院できる事業です。

(1) あなたは、「在宅療養後方支援病床確保事業」をご存知ですか。（1つに○）

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| 1. 名称も内容も知っている | 2. 名称は聞いたことがある | 3. はじめて聞いた |
|----------------|----------------|------------|

(2) あなたは、このような在宅療養を実現するための取り組みを、市は積極的に進めるべきだと思いますか。(1つに○)

- | | | |
|-------------|------------------|----------|
| 1. 進めるべきである | 2. 進めるべきでない ⇒付問へ | 3. わからない |
|-------------|------------------|----------|

付問 問 12 (2) で「2」と回答した方におたずねします。

その理由をご記入ください。

今後の希望についておたずねします

問 13 今後、あなた (あて名ご本人) は、どこで生活したいと思いますか。(1つに○)

- | | |
|---------------------|-------------|
| 1. 自宅 | } ⇒付問 1、2 へ |
| 2. 子ども、親族の家 | |
| 3. 高齢者向けのケア住宅 | } ⇒付問 3 へ |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | |
| 5. 病院などの医療施設 | |
| 6. その他〔 | |
| 7. わからない | |

付問 1 問 13 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

今後、あなたの、在宅での療養は実現可能だと思いますか。(1つに○)

- | |
|-------------------|
| 1. 難しいと思う ⇒付問 3 へ |
| 2. 可能だと思う |
| 3. その他〔 |
| 4. わからない |

付問 2 問 13 で「1」「2」と回答した方におたずねします。

在宅療養生活を希望する理由は何ですか。(いくつでも○)

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. 住み慣れた家にいたい | 5. 自宅で最期を迎えたい |
| 2. 家族との時間を多く持ちたい | 6. 病院より退院等を迫られ希望せざるを得ない |
| 3. 病院での治療を望んでいない | 7. その他〔 |
| 4. 病院へ行くと経済的に負担が大きい | 〕 |

付問3 問13で「3」から「6」と回答した方、または付問1で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(〇は3つまで)

1. 家族等に負担をかけるから
2. 介護してくれる家族がないから
3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
4. 訪問してくれる医師がないから
5. 訪問してくれる看護師がないから
6. 療養できる居住環境が整っていないから
7. 介護のサービス体制が整っていないから
8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから
9. その他〔 〕

問14 あなたは、人生の最期をどこで迎えたいと思いますか。(〇は1つ)

- | | |
|---------------------|---------|
| 1. 自宅 | } ⇒付問1へ |
| 2. 子ども、親族の家 | |
| 3. 高齢者向けのケア住宅 | } ⇒付問2へ |
| 4. 特別養護老人ホームなどの福祉施設 | |
| 5. 病院などの医療施設 | |
| 6. その他〔 〕 | |
| 7. わからない | |

付問1 問14で「1」、「2」と回答した方におたずねします。

あなたの希望は実現可能だと思いますか。(〇は1つ)

1. 難しいと思う ⇒付問2へ
2. 可能だと思う
3. その他〔 〕
4. わからない

付問2 問14で「3」から「6」と回答した方、または付問1で「1」と回答した方におたずねします。

それはなぜですか。(〇は3つまで)

1. 家族等に負担をかけるから
2. 介護してくれる家族がないから
3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
4. 訪問してくれる医師がないから
5. 訪問してくれる看護師がないから
6. 療養できる居住環境が整っていないから
7. 介護のサービス体制が整っていないから
8. 在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから
9. その他〔 〕

問 15 あなたは、自分が重篤な状態におちいったときに、延命治療はどこまでを希望しますか。(〇は1つ)

1. 最後まで、できる限りの延命治療をしてほしい
2. 延命治療よりも苦痛をやわらげる緩和的治療をしてほしい
3. 昏睡状態で、意識を取り戻したり回復する見込みがない場合は延命治療はしないでほしい
4. 重篤な脳障害を受け(例えば目を開くことができるが話したり理解することはできない状態)、回復する見込みがない場合は延命治療はしないでほしい
6. その他〔 〕
7. わからない

問 16 あなたは、問 13 から問 15 までの設問でお聞きした希望を家族等に伝えていますか。

(〇は1つ)

1. 伝えている ⇒付問 1 へ
2. 伝えていない ⇒付問 2 へ
3. その他〔 〕

付問 1 問 16 で「1」と回答した方におたずねします。
どのような形で伝えていきますか。(いくつでも〇)

1. 口頭で
2. 私的なメモで
3. 遺言などで
4. エンディングノートなどの規定の書式のもので
5. その他〔 〕

付問 2 問 16 で「2」回答した方におたずねします。
あなたが、希望を伝えていないのはなぜですか。(いくつでも〇)

1. まだ伝える時期ではないと思うから
2. 伝えることに躊躇しているから
3. 家族の希望に任せたいから
9. その他〔 〕

介護保険サービスの利用についておたずねします

問 17 あなた(あて名ご本人)の現在の介護度はどれですか。(1つに〇)

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1. 要支援1 | 3. 要介護1 | 6. 要介護4 |
| 2. 要支援2 | 4. 要介護2 | 7. 要介護5 |
| | 5. 要介護3 | |

問 18 介護保険の「要介護認定」の申請について、どなたに勧められましたか。(1つに○)

- | | |
|---------------|-----------------------|
| 1. 家族 | 8. 民生委員・児童委員 |
| 2. 親 戚 | 9. 地域包括支援センターの職員 |
| 3. 近所の人 | 10. 医 師 |
| 4. 友人・知人 | 11. 住宅改修事業者 |
| 5. 市の保健福祉窓口職員 | 12. その他〔 |
| 6. ケアマネジャー | 13. 自分自身(誰にも勧められていない) |
| 7. 社会福祉協議会職員 | 〕 |

問 19 介護保険の「要介護認定」を申請された理由をお聞かせください。

- | |
|---|
| 1. 保健福祉サービス(家族介護慰労金、おむつ助成など)を受けるのに必要だから |
| 2. サービスを利用したくなったとき、すぐに利用できるから |
| 3. 住宅改修をしたいから |
| 4. 車いすや介護用ベッドなどの福祉用具を借りたいから |
| 5. 特別養護老人ホームなどに申し込みをするため |
| 6. その他〔 |

問 20 あなたは、「要介護認定」を受けながら、介護保険サービスを利用しない理由は何ですか。(いくつでも○)

- | |
|------------------------------------|
| 1. 家族が介護してくれるから |
| 2. 家族以外に介護してもらうことが不安だから |
| 3. 契約することが不安だから |
| 4. 利用料を支払うだけのお金がないから |
| 5. 利用料がサービス内容に見合っていないと思うから |
| 6. 利用したいサービスがないから |
| 〔 希望するサービスを具体的に： |
| 7. よいケアマネジャーが見つからないから |
| 8. ケアマネジャーの対応がよくなかったから |
| 9. 一時サービス(住宅改修など)だけでよかったから |
| 10. まだ利用しなくてもよいと思うから |
| 11. 病院に入院しているから |
| 12. 体調がよくなったから |
| 13. よいサービス事業者が見つからないから |
| 14. サービス利用の申請方法がわからないから |
| 15. サービスの内容がよくわからないから |
| 16. 障害者控除に介護度の証明が必要だから |
| 17. 紙おむつ助成金や外出支援サービスなどのサービスを利用するため |
| 18. 介護認定をされているだけで安心感があるため |
| 19. 家族以外の人に家に入って欲しくないため |
| 20. その他〔 |
| 21. わからない |

問 21 介護保険サービスには次のようなサービスがありますが、あなた(あて名の本人)はそれぞれの内容を知っていますか。

※★は要支援1～2の方も利用できるサービス

◆家庭への訪問や通いで受けるサービス

1. 訪問介護★(ホームヘルパーの訪問)
2. 訪問入浴介護★(入浴チームの訪問)
3. 訪問看護★(看護師などの訪問)
4. 訪問リハビリテーション★(リハビリの専門職による訪問)
5. 居宅療養管理指導★(医師などによる指導)
6. 通所介護(デイサービス)★(日帰り介護施設などへの通所)
7. 通所リハビリテーション(デイケア)★(介護老人保健施設(老人保健施設)などへの通所)
8. 短期入所生活介護(ショートステイ)★(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への短期入所)
9. 短期入所療養介護(ショートステイ)★(介護老人保健施設(老人保健施設)などへの短期入所)
10. 特定施設入居者生活介護★(有料老人ホームなどでの介護)

◆施設などを利用するサービス

11. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
12. 介護老人保健施設(老人保健施設)
13. 介護療養型医療施設

◆身近な地域でのサービス

- 地域密着型通所介護★(定員18人以下の小規模な通所介護)
14. 小規模多機能型居宅介護★(通所介護(デイサービス)を中心に、「訪問介護」や「短期入所(ショートステイ)」を組み合わせた介護サービス)
15. 夜間対応型訪問介護(夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報に基づき随時対応する訪問介護)
16. 認知症対応型通所介護★(認知症デイサービス)
17. 認知症対応型共同生活介護★(認知症高齢者グループホーム)
18. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携したサービス)
19. 看護小規模多機能型居宅介護(「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護」を組み合わせたサービス)

◆その他

20. 福祉用具の貸与★(車いす・特殊寝台などの貸与)
21. 福祉用具の購入費の支給★(入浴用いすなどの購入費の支給)
22. 住宅改修費の支給★(手すりの取付けなど改修費の支給)

問 22 今後、あなたはどのように過ごしたいと考えていますか。

現在思っていることに、最も近いものはどれですか。(1つに○)

1. できるだけ在宅で、介護保険サービスを利用しながら最期まで生活したい
2. できるだけ在宅で、家族の介護と介護保険サービスを受けながら最期まで生活したい
3. 在宅で、介護保険サービスを利用しないで最期まで生活したい
4. 家族に負担をかけたくないから、最後はお金のかからない老人ホームや施設・病院などに入所(入院)したい
5. 有料老人ホームなどお金がかかるが、家族に負担がかからない施設に入りたい
6. その他〔 〕
7. 特に考えていない
8. わからない

問 23 平成 28 年 4 月より始めた「介護予防・日常生活支援総合事業」をご存知ですか。
(1 つに〇)

※介護保険サービスのうち、全国一律のサービスであった介護予防訪問介護と介護予防通所介護を、地域の実情に合わせて区市町村が取り組む事業に移行するとともに、一般介護予防事業も充実させることで、高齢者の介護予防と日常生活の自立を支援することを目的として実施する事業。

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| 1. 名称も内容も知っている | 2. 名称は聞いたことがある | 3. はじめて聞いた |
|----------------|----------------|------------|

問 24 あなたは、日常生活を送るために、家族以外の人からの介護や手助けが必要になった場合、次の(1)～(3)のサービスについて、どのような内容のサービスを受けたいですか。

(1) 自宅で介護を受けるサービス (1 つに〇)

- | |
|--|
| 1. 料金にこだわらず、介護の専門家からサービスを受けたい |
| 2. 3～6か月程度の短期間で、集中的に介護の専門家からのサービスを受けたい |
| 3. あまりお金をかけずに、ボランティアによるサービスを受けたい |
| 4. わからない |

(2) 自宅で掃除・調理・洗濯等を手伝ってもらうサービス (1 つに〇)

- | |
|----------------------------------|
| 1. 料金にこだわらず、介護の専門家からサービスを受けたい |
| 2. あまりお金をかけずに、ボランティアによるサービスを受けたい |
| 3. わからない |

(3) デイサービス等に通り、食事や入浴、衰えた運動能力等の回復や口の中のケア等を行うサービス (1 つに〇)

- | |
|---|
| 1. 料金にこだわらず、介護の専門家からサービスを受けたい |
| 2. 介護の専門家によるサービスにこだわらないので、料金が安いなら、NPOや民間団体等からのサービスを受けたい |
| 3. 3～6か月程度の短期間で、集中的に介護の専門家からのサービスを受けたい |
| 4. あまりお金をかけずに、住民主体のサロンや運動・交流の場でサービスを受けたい |
| 5. わからない |

西東京市の介護保険・保健福祉サービスについておたずねします

問 25 あなた(あて名ご本人)は、「地域包括支援センター」を知っていますか。(1 つに〇)

※地域包括支援センターは、高齢者の方が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護・福祉・健康・医療など様々な面から関係機関との連携をとりながら、総合的に支えていく機関です。

- | | |
|---------------|---------|
| 1. 知っている ⇒付問へ | 2. 知らない |
|---------------|---------|

付問 問 25 で「1」と回答した方におたずねします。

あなたのお住まい地区を担当している「地域包括支援センター」の場所を知っていますか。(1 つに〇)

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

問 26 あなたは、今後西東京市が取り組む介護保険・保健福祉サービスとして、次のどれを優先して充実すべきとお考えですか。（5つまで〇）

1. 介護が必要な状態にならないための予防に関する事業
2. 住民が身近な場で主体的に取り組むことができる介護予防活動
3. 在宅での介護を支援する、ホームヘルパーの派遣や入浴などのサービス
4. 在宅で介護を受ける方のための通所で行うデイサービス
5. 健康診査・がん検診などの保健サービス
6. 機能訓練・訪問指導・相談など、健康維持のためのサービス
7. 老人ホームなど、常時介護が必要な方のための入所施設
8. 介護を必要とする方を短期間お預かりする短期入所施設（ショートステイ）
9. 見守りが必要な人のための生活支援型施設（サービス付き高齢者向け住宅等）
10. 地域包括支援センターなど、身近なところで相談など行える施設
11. 介護老人保健施設（老人保健施設）など、リハビリなどを行うための入所施設
12. 福祉会館など、健康の推進や趣味・教養向上のための施設
13. 往診やかかりつけ医・歯科医、訪問看護など、医療の充実
14. 保健・医療・福祉に関する情報提供や案内の充実
15. 趣味や教育の向上、生きがい対策など気軽に参加できる催し物・講座等の充実
16. ボランティアなど、高齢者の地域活動参加の促進や支援
17. 住民同士の支え合いを促進する、ボランティアポイント制度などの新しい仕組みの構築
18. 高齢者の就労支援
19. 認知症高齢者やその家族の支援
20. 認知症などで、判断能力が低下した方の財産保全等権利擁護に関する取り組み
21. その他〔

問 27 あなたが、「介護保険制度」全体をよりよくするため西東京市が力を入れるべきだと思うことは、次のうちどれですか。（3つまで〇）

1. サービス事業者の質の向上につとめること
2. 介護支援専門員やヘルパーなどの人材を育成すること
3. 在宅サービスの充実に力をいれること
4. 住民主体による介護予防やサービス提供の取り組みを推進すること
5. 介護保険外サービスの充実に努めること
6. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などの施設をふやしていくこと
7. 高齢期になっても住み続けられるよう、多様な住まい方の施策を充実すること
8. 利用料や保険料を補助するなど、利用者の費用負担を軽減すること
9. 介護保険の目的や利用について、市民への啓発・PRを進めること
10. 寝たきりにならないよう、介護予防サービスに力を入れること
11. 地域全体で介護を支援する仕組みを充実すること
12. 困ったときに気軽に介護相談ができる場所をふやすこと
13. 市民、事業者等の意見を集約し、東京都や国に提言していくこと
14. その他〔
15. わからない

問 28 市の高齢者保健福祉サービスや介護保険制度について、ご意見・ご要望がありましたら、ご自由にお書きください。

--

ここからは、あて名ご本人をお世話している
ご家族の方についておたずねします

※ご家族の方が回答できない場合は、回答いただく必要はございません。ご協力ありがとうございました。

問 29 日頃、あなた（あて名ご本人）を介護なさっている方はいらっしゃいますか。
(1つに〇)

1. いる 2. いない ⇒これで調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

以下の質問は、あて名ご本人を介護されている方がお答えください

問 30 あて名ご本人を主にお世話している方の性別はどちらですか。(1つに〇)

1. 男 性 2. 女 性

問 31 あて名ご本人を主にお世話しているのは、本人からみてどなたですか。
(1つに〇)

1. 夫または妻	4. 娘・息子の配偶者	7. その他の親類
2. 娘	5. 兄弟姉妹	8. 友人・知人、近所の人
3. 息 子	6. 親	9. その他〔 〕

問 32 あて名ご本人を主に介護している方の年齢をご記入ください。

--

歳

問 33 あて名ご本人を主に介護している方はどこに住んでいますか。(1つに〇)

1. 同じ住宅	3. 同じ町内	5. 東京都内
2. 同じ敷地内	4. 西東京市内	6. その他〔 〕

問 34 あて名ご本人を介護している期間はどのくらいですか。具体的な期間をご記入ください。

約

--

 年

--

 か月

問 35 あて名ご本人を直接お世話・介護している時間は、1日にどれくらいですか。
具体的な時間数をご記入ください。

約 時間

問 36 あて名ご本人は、医師から認知症の診断を受けていますか。(1つに○)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない |
|----------|-----------|

問 37 あなたが、介護をするうえで、困っていることは何ですか。(いくつでも○)

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1. 十分な睡眠時間が確保できない | 11. 自分以外に介護をする人がいない |
| 2. 希望するサービスが受けられない | 12. 育児や家族の世話ができない |
| 3. 精神的に疲れ、ストレスがたまる | 13. 介護従事者のサービスの質が悪い |
| 4. 肉体的に疲れる | 14. 介護に関して相談する相手がない |
| 5. 自分の自由な時間がない | 15. 介護サービスに関する情報が少ない |
| 6. 家族や自分の仕事に影響がある | 16. 家族や親族の協力が得られない |
| 7. 介護がいつまで続くのかわからない | 17. 事業所・医療機関などが家の近くにない |
| 8. 経済的な負担がかさむ | 18. 夜間のサービスが足りない |
| 9. 介護の方法がわからない | 19. その他(具体的に:) |
| 10. 虐待をしてしまう(衝動を持つ)時がある | 20. 特にない |

問 38 これから介護者の支援策として、あなたが必要だと思うのはつぎのどれですか。
(いくつでも○)

- | |
|--------------------------------|
| 1. 介護者に対する定期的な情報提供 |
| 2. 介護者が気軽に休息がとれる機会づくり |
| 3. リフレッシュのための日帰旅行などの機会提供 |
| 4. 電話や訪問による相談サービス |
| 5. 介護者が集まって話せる場づくり |
| 6. 家族会や介護者の自助グループづくり |
| 7. 在宅介護者への手当 |
| 8. 介護休業取得者のいる企業への支援制度 |
| 9. 介護者が仕事と介護の両立ができる支援制度、再就職支援策 |
| 10. 介護者の経験を活かした介護問題への発言の場づくり |
| 11. その他〔] |

調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

記入もれがないかどうかもう一度お確かめのうえ、同封の返信用封筒(切手は不要)に入れて、○月○日(○)までにお近くのポストに投函してください。